

FA C U L T É D E M É D E C I N E D E P A R I S

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 Décembre 1892, à une heure

PAR

Charles VIC

Né à Saint-Mamet (Cantal) le 9 septembre 1866

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille d'argent du choléra (1890)

DE LA SCOLIOSE HYSTÉRIQUE

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.
RICARD, LEJARS, agrégés

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

36

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 Décembre 1892, à une heure

PAR

Charles VIC

Né à Saint-Mamet (Cantal) le 9 septembre 1866

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille d'argent du choléra (1890)]

DE LA SCOLIOSE HYSTÉRIQUE

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

*Juges : MM. TILLAUX, professeur.
RICARD, LEJARS, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. S. E.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (A lbert
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	REITTERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur VICTOR THORE

A MES MAÎTRES DE BORDEAUX ET DE PARIS

A MON MAÎTRE ET A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Professeur de pathologie externe
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Dans le cours de mon externat chez Monsieur le professeur Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, j'ai eu la bonne fortune d'observer deux cas de scoliose qui ne pouvaient en aucune façon trouver place dans les types de déviations latérales de la colonne vertébrale, jusqu'ici décrits.

D'autre part, en cherchant dans les mémoires ou communications, ayant trait au sujet ici traité, j'ai trouvé cinq observations qui sont comparables à celles que j'ai pu moi-même relever.

Dans ces conditions, n'y a-t-il pas lieu de faire une place à part à ces scolioses, en se basant pour leur donner un nom sur l'ensemble symptomatique dont elles paraissent faire partie?

La place de ce modeste travail sera donc bien simple :

Un chapitre où seront relatées les observations que je possède ;

Un deuxième chapitre où il sera démontré qu'aucun des faits signalés ne peut rentrer dans aucune des formes de scolioses connues ;

Un troisième et dernier chapitre enfin, où seront

étudiés la pathogénie, la symptomatologie, la physiologie pathologique et le traitement de ce que nous proposons d'appeler la *scoliose hystérique*.

L'idée première de ce travail appartient à Monsieur le professeur Lannelongue auquel en revient tout l'honneur.

Son interne, Monsieur Mauclaire, prosecteur à la Faculté, à qui j'adresse mes plus sincères remerciements, m'a suggéré l'idée d'étudier la question et d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale, puisse-t-elle mettre en lumière l'importance des découvertes faites dans ces derniers temps par l'école française au point de vue du diagnostic des affections où l'élément nerveux est susceptible d'entrer : puisse-t-elle contribuer à porter à l'étude de la question des scolioses un élément nouveau et partant, éviter des confusions pénibles et funestes !

L'usage ici, donne une petite place à la reconnaissance, aux remerciements, et certes, c'est avec la plus grande joie que j'en profite.

Monsieur le professeur Lannelongue m'a accepté comme un de ses élèves, aujourd'hui il me fait l'honneur de présider ma thèse, je le prie d'agréer l'assurance de ma vive gratitude et mes plus respectueux remerciements

L'hôpital Saint-André à Bordeaux a été mon berceau médical, MM. les Docteurs Lanelongue et Dudon y ont guidé mes premiers pas, je les en remercie sincèrement, et n'ai garde d'avoir oublié leur enseignement aussi pratique que savant.

Que mes maîtres dans les hôpitaux de Paris, M. le professeur Potain, M. le professeur Tarnier, M. le Dr Tissier, M. le Dr Le Gendre soient assurés de ma reconnaissance pour leur bienveillance sans égale.

A M. le Docteur Bucquoy, de l'Académie de médecine, à M. le professeur agrégé Jalaguier, je dois un hommage spécial et pour leur dévouement et pour leur affabilité à mon égard.

Mes amis, ils se sentiront tous particulièrement désignés par ce cordial merci que je leur envoie.

Monsieur Jean Lanes, chevalier de la Légion d'honneur et mon cousin Ambroise Griffeuille si généreux et si désintéressés, me permettront de leur témoigner ici toute ma profonde gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0019

CHAPITRE I

OBSERVATION I. — *Inédite*, recueillie dans le service de M. le professeur LANNELONGUE à l'hôpital Trousseau, grâce aux aimables renseignements du D^r DUPRÉ, chirurgien à Laval.

Berthe | R. 11 ans. Entrée le 31 mai 1890, salle Giraldès, lit n° 38.

Antécédents héréditaires. La mère a 49 ans, elle a toujours été bien portante.

Elle a eu 8 enfants.

Cinq sont encore vivants, bien portants, mais ayant eu des signes de scrofule.

Un des huit est mort de la cholérine en nourrice, un autre d'inflammation d'intestin (?) à 6 mois (la mère avait dû cesser de le nourrir à cause d'abcès aux deux seins).

Le 3^{me} est mort de méningite à 33 mois.

La mère a eu son premier enfant à l'âge de 20 ans 1/2, le dernier à 39 ans.

Elle avait 37 ans quand elle a accouchée de la malade qui nous occupe,

Le père est âgé de 59 ans. Il souffre de gastralgie (?). Il est très maigre, tousse beaucoup et crache.

Il est cordonnier, mais ne travaille plus depuis longtemps.

Il a eu des hémoptysies abondantes en 72.

Antécédents personnels. L'enfant est arrivée à terme par un accouchement normal. Elle a été nourrie par la mère jusqu'à 9 mois.

Commencement de croup à 6 mois.

Rougeole à 2 ans 1/2 : l'enfant a été 6 semaines malade : depuis elle a été sujette à tousser l'hiver.

A 5 ans 1/2 fièvre muqueuse : elle reste deux mois malade.

Jamais d'autres maladies.

Gourme dans l'enfance, glandes au cou, jamais mal aux yeux ni aux oreilles.

L'enfant est très étourdie.

Elle se plaint souvent d'avoir « mal dans les jambes. »

Elle est sujette à tomber.

Il y a 15 jours, elle a fait une chute dans un escalier. Elle est tombée sur le côté droit.

Elle a joué toute l'après-midi comme si de rien n'était.

Rien de particulier pendant la nuit suivante.

Le lendemain elle se tient un peu penchée, mais va à l'école comme d'habitude. Le soir elle se plaint de douleurs et se tient de plus en plus courbée. La mère la fait déshabiller. Elle remarque que tout le côté sur lequel l'enfant est tombé dans l'escalier *est gonflé*.





Le lendemain, elle conduit sa fille au dispensaire Furtado-Heine à Montrouge, puis, à la consultation de M. de Saint-Germain.

On porte le diagnostic de scoliose.

M. de Saint-Germain prétend que cette déformation doit dater de la naissance, son interne l'écrit à M. Dupré.

La mère affirme que l'enfant n'avait rien avant son accident. Elle avait bien, dit-elle, les épaules, un peu portées en avant, mais à la même hauteur.

C'était une belle enfant, grande pour son âge, très vive et d'instincts assez pervers, me dit la surveillante.

Elle est examinée par le professeur Lannelongue. Les symptômes qu'elle présente au point de vue de l'ensemble macroscopique sont ceux de la scoliose vulgaire, comme on peut en juger par les photographies ci-contre qui la montrent des deux faces.

Déviation de la région dorso lombaire avec convexité à gauche.

Un point particulier à noter, c'est la raideur que l'on perçoit dans les muscles agissant sur le rachis.

D'ailleurs, au palper, on sent très réellement cette même sensation que la vue de la scoliose avait fait pressentir. Une raideur semblable existe dans tous les mouvements — il y a dans la marche une certaine appréhension.

Le professeur Lannelongue n'accepta point le diagnostic de scoliose vulgaire.

Après avoir observé la malade durant quelques jours, il pratiqua l'anesthésie sous *chloroforme*. Aupa-

ravant on fit un peu de suggestion en lui affirmant qu'à son réveil, elle serait guérie. Sous le chloroforme la malade fut en effet, *redressée*. — La guérison se maintint quelques heures durant : on lui donna des douches froides, tous les jours, on lui affirmait sa guérison certaine, bref un mois après, jour pour jour, la jeune Berthe sortait de l'hôpital, GUÉRIE.

Deux mois après, en septembre, Berthe R. revenait dans le service du professeur Lannelongue.

La veille, elle avait fait une chute sur le côté droit : et, le lendemain, elle s'était réveillée penchée sur le même côté. La planche III montre en effet *la scoliose évidente, à convexité gauche encore cette fois-ci*. Cette répétition d'une contracture survenant brusquement et disparaissant de même, ne pouvait être attribuée qu'à l'hystéro-traumatisme. C'est d'ailleurs ce diagnostic de *scoliose hystérique*, fait par mon maître le professeur Lannelongue, qui m'a servi de point de départ dans ce modeste travail.

On n'usa point de chloroforme, la démonstration ayant paru suffisante.

Les douches, la suggestion par les recommandations continuelles de la surveillante faites sur un ton impérieux « Allons, tiens-toi droite ! » suffirent pour la rendre à sa famille, huit jours après, *complètement guérie et redressée*.



OBSERVATION II. (*Personnelle*) recueillie dans le service de M. le professeur LANNELONGUE à l'hôpital Trousseau.

Albertine V. âgée de 12 ans $1\frac{1}{2}$, entre le 10 octobre 1892, salle Giralès, lit, n° 25.

Antécédents héréditaires. — Le père a 35 ans, dit se porter toujours très bien: il a eu la fièvre typhoïde à 20 ans. Depuis 18 mois, il a quitté la Normandie, d'où il est originaire, et il exerce à Paris le métier pénible et peu rémunérateur de palefrenier à la Compagnie Générale des petites voitures. Chez lui, il travaillait la terre. Cet homme paraît vigoureux et sain, mais naïf et lourd d'esprit: il est légèrement alcoolique.

La mère, très nerveuse, au dire du père, n'a pas quitté son pays, elle vit très misérablement avec ses quatre filles qu'elle élève tant bien que mal.

« Quand elle était jeune fille, à 13 ans, la mère était *restée quelque temps penchée sur un côté,* » comme dit le mari « *et puis ça lui avait passé tout d'un coup.* » Cet antécédent est bien intéressant à noter. Il m'est impossible d'avoir des renseignements précis sur cette scoliose si brusque et si typique; la mère s'est rappelé ce fait, frappée de la coïncidence, quand elle a su sa fille à l'hôpital pour une cause identique.

Antécédents personnels. — Albertine, l'aînée de la famille, est venue au monde à 7 mois $1\frac{1}{2}$ seulement; l'accouchement a été très pénible, en présentation du sommet.

Elle a été élevée au sein par la mère et à la dentition, elle a eu plusieurs attaques convulsives. Le père, qui nous donne tous ces détails, nous apprend qu'elle est d'un caractère très irritable ; elle se fâche très facilement dès qu'on la contrarie, dit-il ; elle pleure souvent et rit avec la même facilité. Il y a deux ans, elle a eu l'influenza et, à la suite, la fièvre scarlatine ; mais le tout sans caractère aucun de gravité.

Il y a deux mois, voyant sa fille atteindre sa douzième année, le père chercha à l'utiliser pour le plus grand intérêt de la famille. Il l'alla quérir en Normandie et la mena à Paris où il comptait lui trouver une place quelconque. Quelques jours avant son départ, raconte la fillette, elle portait un seau d'eau assez lourd de la main droite, à bout de bras. Très distraite, elle trébuche contre une pierre, perd l'équilibre et, entraînée par le seau d'eau qui se renverse, elle tombe lourdement sur un des bords du vase par son flanc droit. La douleur fut très vive sur le coup : elle put néanmoins se relever et rentrer chez elle. La douleur ne dura guère, et elle put prendre le train pour Paris, 3 ou 4 jours après, ne ressentant de son accident qu'une vague et sourde douleur ou plutôt une simple gêne qui ne devait pas tarder à disparaître avec les distractions nombreuses que lui offrait la vue de la capitale.

Le 1^{er} octobre dernier, après avoir beaucoup cherché à occuper sa fille d'une façon ou d'une autre, s'être heurté à mille difficultés (l'âge, la responsabilité d'un enfant, etc.), le père finit enfin par trouver pour sa

filles, chez un cocher de la Villette, une place de bonne d'enfant. Le jour même, Albertine V... entre en fonction; elle a charge de promener, 5 à 6 heures par jour, sur ses bras un bébé de 7 mois; un poids bien lourd pour de faibles bras de 12 ans. Durant les 5 premiers jours tout va pour le mieux : le sixième jour, elle commence à sentir une grande fatigue dans tout le bras droit: elle n'a plus la force de soutenir l'enfant de ce bras là et tout le côté lui semble être envahi de torpeur, d'engourdissement. Elle se couche très fatiguée, et le lendemain, elle est obligée malgré elle, de se pencher sur le côté droit; c'est à peine si avec de grands efforts, elle peut encore se redresser. Elle garde encore l'enfant toute la journée, le prenant sur ses bras le moins possible, et le 8^e jour elle se réveille toute penchée à droite, suivant son expression, et elle souffre beaucoup. Le 9 octobre son père vient la chercher et le 10, il la conduit à l'hôpital Trousseau où on l'admet d'urgence non sans que M. Guillemain interne du service n'ait porté le diagnostic, d'après ce mode de début, de *Scoliose hystérique*.

Nous la voyons le 11 octobre couchée salle Giraldès

Etat actuel.—C'est une fillette blonde, de taille moyenne pour son âge, très bien conformée, l'air intelligent, légèrement sournois; elle répond d'une façon très claire à nos questions, non sans une légère appréhension d'abord mais qui cesse vite. Elle n'est pas encore réglée.

Je recherche avec soin les stigmates de l'hystérie chez elle: je n'en trouve que des traces. Le réflexe pha-

ryngé est aboli et il y a dans tout le flanc droit et dans le membre inférieur correspondant une hypéresthésie assez marquée.

Couchée dans son lit, elle présente une inclinaison latérale à droite de tout le haut du corps : les épines iliaques antérieures sont sur le même plan et les membres inférieurs égaux.

Etendue sur le ventre, on constate une concavité correspondant au flanc droit, et une légère saillie de l'épaule gauche. A peine aperçoit-on une saillie des apophyses épineuses au niveau des dernières vertèbres dorsales. Au palper, dans le flanc droit et un peu en arrière, on sent la masse musculaire raidie sous la peau. Cette raideur existe aussi au niveau du sacrolombaire ; la pression des muscles provoque une légère douleur. En pressant et marquant à mesure la tête des apophyses épineuses, on constate que la colonne vertébrale décrit de la 7^e dorsale au sacrum une courbe à convexité gauche, régulière, distante de deux centimètres environ de l'axe médian.

La malade examinée debout et par derrière présente en effet l'attitude scoliotique : le tronc est creusé à droite d'une concavité profonde : l'épaule et les fausses côtes se penchent vers la droite, tandis que le rachis, dont les 7^e et 8^e dorsales font une légère saillie, décrit à partir de ce point une courbure dorso-lombaire à convexité gauche, dont le point culminant est au niveau des premières lombaires. Le rayon de courbure est sensiblement plus grand que dans la position précédente.

Le poids du corps repose sur la jambe droite, jouant à elle seule le rôle de pilier, tandis que la jambe gauche prend l'initiative de la progression. Dès lors, la marche est difficile en raison de la raideur qui semble présider à tous les mouvements. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses.

La fillette ne manifeste aucun trouble général; sa température est normale et son appétit parfait. J'ai essayé de prendre la température locale mais je n'ai guère noté de différence entre les deux côtés.

12 octobre. Même état; la douleur seule a diminué. La malade est moins inquiète. On lui persuade qu'elle va guérir bientôt et qu'il ne paraîtra plus rien de sa difformité. On lui donne deux grammes de bromure de potassium et une douche froide en jet brisé de 30 à 40 secondes tous les jours.

Le 16 octobre, six jours après sa rentrée à l'hôpital, la malade va déjà mieux: elle se redresse quand on fait attention à elle.

Le 18, il n'y paraît plus rien.

Le soir cependant, après avoir beaucoup joué, elle penche encore un peu, dit-elle, mais le lendemain 19, elle se réveille très droite. La médication est continuée, et depuis, la guérison s'est maintenue: elle est en observation depuis 1 mois et demi, elle se tient toujours très droite et a quitté l'hôpital ces jours-ci.

OBSERVATION III. — (*Citée dans la thèse de LANDOIS*).

Communiquée par M. GUILLEMET, de Nantes.

Mlle C. a aujourd'hui 12 ans et demi et est aussi développée physiquement que beaucoup d'enfants de 14 ans.

Antécédents personnels. — Enfant très-grande, mais très-lymphatique et arthritique.

Quelques années auparavant, scarlatine compliquée d'endocardite légère sans albuminurie, complètement guérie.

Pleurésie à faible épanchement à gauche, ayant été fugace et s'étant très-rapidement résorbé.

Rhumatisme articulaire aigu, sans complications cardiaques.

En 1884 (l'enfant avait par conséquent 7 ans) je fus consulté parce que, disaient les parents, elle se tenait très mal, marchait tout de travers et dans la station debout se tenait sur un pied.

Depuis quelque temps, cette fillette était très-nerveuse, agacée, irritable, et de plus faisait continuellement des grimaces : elle avait des tics dont ni les réprimandes ni les menaces ne pouvaient parvenir à la déshabituer.

Résultat de l'examen à nu, debout, les talons rapprochés, les bras pendants le long du corps :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est une tendance de l'enfant à se tenir debout au repos sur le pied gauche. Les fausses côtes gauches se trouvent rapprochées de la crête iliaque : le thorax est aplati du même

côté, bombé à droite : l'épaule gauche est abaissée.

De plus il existe une légère cyphose au niveau de la région dorsale, compensée par une ensellure considérable hors de proportion avec la convexité cyphotique : en sorte que l'enfant vue de face semble porter un ventre énorme.

Mlle C. est très-difficile à examiner : elle remue continuellement : elle est tellement insoumise que je me demandais au premier abord si elle n'était pas au début d'une chorée.

Antécédents des parents. — Mère vivante extrêmement nerveuse, a eu quelques attaques d'hystérie.

Père vivant très-nerveux.

Grand-père paternel, vivant, très-vigoureux.

Grand-mère paternelle, vivante, atteinte d'une maladie de la moelle, mal définie, semblant due à des plaques de sclérose disséminées.

Grand-père maternel, vivant, emphysémateux.

Grand-mère maternelle, vivante, diabétique.

Traitement. — Douches froides ou plutôt affusions froides sur la colonne vertébrale, suivies de frictions énergiques, gymnastique vulgaire au trapèze et aux anneaux, séjour au bord de la mer. Guérison complète sauf un peu d'ensellure.

OBSERVATIONS IV. — *Cyphose et scoliose dorso-lombaire. — Contracture douloureuse des muscles sacro-lombaires et abdominaux (torticolis lombaire) trois mois après une chute sur le dos. —* Communiquée par M. le professeur GRANCHER.

Cécile V... âgée de 8 ans, entrée le 30 janvier 1888 salle Ste Geneviève, lit n° 24, à l'hôpital des enfants malades.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein par sa mère, à Paris. Aucun antécédent morbide jusqu'à l'accident qui l'amène à l'hôpital et au sujet duquel la petite fille fait le récit suivant. Il y a trois mois environ, elle a fait un jour une chute en descendant l'escalier. Elle a glissé sur une marche mouillée et, comme l'eau avait été répandue par sa sœur, elle ne s'est pas plainte sur le moment même pour ne pas faire gronder cette sœur.

L'enfant est tombée en arrière et a dégringolé plusieurs marches; mais elle ne se rappelle pas quel point de son dos ou de ses reins a supporté le plus rude choc. L'enfant s'est relevée d'ailleurs immédiatement et ne paraît pas avoir souffert les premiers temps.

Au bout de six semaines environ, elle eut des douleurs dans les reins, dans le dos, dans les flancs et ses douleurs ont augmenté sans cesse depuis. A part les phénomènes douloureux et les troubles de la mo-

tilité qui en sont les conséquences, l'enfant n'a aucun trouble de sa santé.

État actuel. — Fillette de taille moyenne, un peu fluette, l'air intelligent et futé, quelque chose de l'hystérique dans le regard et la physionomie; elle répond clairement et généralement sans hésitation aux questions.

Cependant aucun stigmatisme d'hystérie. Pas d'anesthésie cutanée, ni sensorielle ni même pharyngée, pas de rétrécissement du champ visuel.

Tant que l'enfant est immobile dans son lit, elle ne souffre pas. Veut-elle s'asseoir ou changer de côté, ses douleurs apparaissent. Quand elle essaie de marcher, la souffrance devient horrible, dit-elle; elle ne peut marcher que difficilement et ne peut se baisser pour ramasser un objet. Aucune trace de contusion, aucune cicatrice, la peau a sa consistance et sa souplesse normales.

Quand on procède à l'examen des régions douloureuses, l'enfant étant assise, on constate une saillie très accentuée, à grande courbure de la colonne vertébrale dans les régions dorsales et lombaires. Le point culminant de la courbe répond aux apophyses épineuses des premières lombaires, mais la courbure est régulière, aucune saillie angulaire. Outre cette cyphose, il existe un certain degré de scoliose à convexité gauche dans la région lombaire, mais c'est quand l'enfant est debout que cette déviation latérale est surtout apparente. Au niveau des corps vertébraux, il n'existe aucune tuméfaction, visible ni per-

ceptible au palper ; les muscles sacro-lombaires et long-dorsal font leur relief normal ; quand l'enfant est debout, ceux du côté gauche sont un peu plus saillants.

Quand on palpe ou qu'on percute la série des apophyses épineuses, on n'obtient que des renseignements incertains sur le siège et le degré de la sensation éprouvée par l'enfant. En général, elle accuse une faible douleur, mais elle localise successivement celle-ci en plusieurs points différents qui correspondent tantôt aux dernières dorsales, tantôt aux premières lombaires, quelquefois aux espaces inter-épineux, mais le renseignement le plus net que fournisse l'exploration de la sensibilité de la région, est une douleur constante à la pression des gouttières vertébrales au niveau des muscles sacro-lombaires.

Aucune douleur à la pression profonde des régions iliaques, aucune tuméfaction perceptible, liberté complète des mouvements des articulations coxo-fémorales. Un autre siège de douleurs sur lequel l'enfant attire souvent l'attention est la région du flanc droit, au niveau de laquelle la pression ou le pincement des masses musculaires (dernières digitations du grand dentelé, oblique et transverse) arrache des plaintes et fait venir les larmes aux yeux. Si on fait lever l'enfant, elle prend une attitude très spéciale ; appuyant sa main à plat sur le flanc droit, comme pour en immobiliser les muscles, elle incline le tronc à droite et n'avance qu'à tout petit pas, tandis que son visage prend une expression d'angoisse et d'appréhension.

Quand on examine de nouveau la région dorsale après quelques minutes de station, on constate que la scoliose a augmenté très notablement ; la ligne des apophyses forme une courbure à convexité gauche dont le point le plus saillant est distant de quatre à cinq centimètres de l'axe médian du corps. On trouve aussi que la gouttière latérale gauche est notablement plus en relief que la droite.

Plus l'enfant reste de temps debout, plus l'inclinaison du tronc à droite s'accroît. Quand on fait renverser l'enfant en arrière en lui plaçant la main à plat sous la région dorso-lombaire, on remarque l'absence de souplesse dans ce mouvement, la saillie cyphotique ne diminue pas.

On a constaté tous ces phénomènes à plusieurs reprises le 31 janvier et le 2 février. Le 2 au soir, l'enfant déclare ne plus éprouver aucune douleur ni spontanée, ni à la pression ; la scoliose et la cyphose n'ont cependant pas changé. La sensibilité est normale.

Le seul traitement suivi par l'enfant a été l'administration de deux bains sulfureux par semaine. Sur ces entrefaites elle a contracté la diphtérie, a été envoyée en convalescence à la suite de cette maladie et est revenue dans le service avec une paralysie du voile du palais d'origine diphtérique.

20 avril. — La scoliose persiste encore, mais a diminué d'une façon notable, il en est de même de la cyphose ; l'enfant ne ressent plus aucune douleur du côté de la colonne vertébrale, on peut percuter avec force sur les apophyses épineuses de la région déviée,

sans éveiller le moindre phénomène douloureux. La petite malade se renverse en arrière et se meut dans tous les sens sans éprouver la moindre gêne. Les douleurs qui existaient au moment de son entrée à l'hôpital n'ont jamais reparu.

OBSERVATION V. -- *Contractures des muscles sacro-lombaires, et carré des lombes chez une femme qui s'était exposée au froid, le corps étant en sueur ; guérison spontanée.* LANDRY (Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses. *Moniteur des hôpitaux*, 2 juillet 1855).

X... âgée de 18 ans, couturière, habituellement bien portante, bien constituée, passa une soirée du mois de janvier 1853, à danser dans une noce de village. Vers minuit, étant en sueur, elle se retira et gagna son domicile sans aucune précaution contre la rigueur de la température ; elle se sentit prise de froid en chemin, mais n'éprouva immédiatement rien de particulier et dormit bien jusqu'au lendemain. En se levant, elle ressentit dans la fosse iliaque droite une douleur très vive qui la forçait à tenir le tronc un peu infléchi à droite sans qu'elle put se redresser volontairement. La douleur disparut au 6^e jour, mais la déviation latérale ne fit qu'augmenter. D'ailleurs aucun autre dérangement de la santé, aucun symptôme du côté de la colonne vertébrale.

Le 23 juillet 1853, elle se présenta à l'hôpital Beau-

jon et fut admise dans le service de M. Robert. Après un examen attentif, on reconnut l'existence d'une déviation assez forte pour déformer le corps de la malade, déviation due à la contracture de la masse sacro-lombaire droite qui présentait au toucher une rigidité considérable, et probablement aussi du carré des lombes. La dernière côte droite et la crête iliaque de ce côté étaient amenées au contact, tandis qu'à gauche, entre ces deux os, se trouvait un large espace. Rien ne pouvait expliquer cette contracture qui remontait au refroidissement, si ce n'est la douleur ressentie à ce moment.

On n'appliqua aucun traitement, mais M. Rouvier recommanda à la malade le port de béquilles d'inégale grandeur, dont la plus grande soulevait l'épaule droite, laissait le membre inférieur droit pendant, et exerçait ainsi une extension continue par son propre poids. Le 1^{er} août la malade eut une émotion assez vive et le lendemain en se levant, elle s'aperçut que la *déviation avait disparu*. La guérison se maintint et la malade quitta l'hôpital quelques jours après.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Voilà les faits, à nous de les commenter et de leur donner une détermination bien caractéristique de façon à ne pas s'abuser sur leur sens. Le meilleur moyen est celui de les comparer à ceux qui sont classés déjà — de voir si ces scolioses observées répondent à des types bien définis.

Dès qu'on parle d'affection de la colonne vertébrale, il faut toujours penser au *mal de Pott*, cette tuberculose vertébrale du professeur Lannelongue ; c'est d'ailleurs l'erreur la plus commune de rapporter toute lésion du rachis à la maladie de Pott. Mais quel différent tableau va présenter le malheureux être aussi mal partagé ? L'enfant est malingre, chétif, quand la scoliose existe, sa face est pâle, anémiée, voyez ses membres, ils sont maigres décharnés : à peine peut-il se tenir debout : il ne dort plus, il a la fièvre, une douleur continuelle, de jour, de nuit, le tracasse sans cesse dans la région lombaire. — La pression des vertèbres

au niveau des courbes ou de la difformité, exaspère la douleur et arrache des cris au patient. — Et quel temps tout ce cortège du mal avec les douleurs, la gibbosité, la paraplégie, met-il à s'établir en maître sur la colonne vertébrale, maître hélas! bien difficile à détroner.

Rien de semblable n'existe dans nos cas : c'est un début brusque, une déviation se déclarant tout d'un coup, sans retentissement général sur l'organisme.

La maladie de Pott s'accompagne presque toujours d'abcès par congestion dont la présence n'est pas sans une certaine influence sur les attitudes vicieuses de la colonne vertébrale.

Et ceci m'amène à chercher si les observations précédentes ne correspondent point aux types que Besson dans sa thèse de Paris 1888, appelle *déviation de la taille d'origine réflexe* ; ce sont des scolioses, dit-il, qui naissent par contractures progressives au voisinage des articulations malades et des organes enflammés en vertu de la vigilance musculaire ; vigilance musculaire qui s'évanouit aussitôt que l'inflammation ou la douleur ont disparu.

Ce sont les pseudo-contractures de M. Blocq (1).

Il y a dans le diagnostic de ces scolioses réflexes un point important, c'est l'élément douleur qui, par son siège, doit entraîner la connaissance de l'organe lésé : il existe toujours cet organe lésé.

Ce sont tantôt, des scolioses, d'origine rénale (abcès

(1) Blocq, *Des contractures*, th, Paris 1888.

périnéphrétiques, lithiase urique avec coliques néphrétiques) tantôt des scolioses pleurétiques (1) sous l'influence ou d'une pleuro-pneumonie ou d'une pleurésie ou par suite d'une rétraction consécutive à l'empyème; ou bien la sciatique elle-même provoquera une déformation latérale de la taille par l'attitude volontaire que prendra le patient pour soulager son membre malade. Les scolioses sciatiques ont été signalées ces derniers temps par Albert, Nicoladoni, Ballet, Babinski et Texier qui en a fait le sujet de sa thèse.

Il est inutile d'insister plus longtemps: la confusion des faits de ce genre avec ceux que nous avons précédemment émis n'est pas possible: l'état général souvent compromis dans ces déviations réflexes suffirait à en déterminer l'origine.

Peut-on invoquer la *scoliose rachitique*. Mais est-ce bien l'âge? n'est-elle pas plutôt l'apanage des enfants au-dessous de 7 ans? Et puis, la scoliose rachitique décrit plusieurs courbes: c'est d'elle que l'on dit que le rachis a la forme d'une S. La déformation chez les rachitiques n'est pas limitée à la colonne vertébrale: elle envahit le sacrum, le bassin, les membres, le sternum, les côtes, la tête, elle se forme lentement et souvent après un long dépérissement prémonitoire.

La scoliose rachitique n'a donc rien à faire ici. On pourrait peut-être soupçonner la *scoliose essentielle* que le professeur agrégé Kirrison (2) a décrite avec

(1) DRUMMOND. *Brit. med. journ.* 1879.

(2) KIRRISSON. — *Revue d'orthopédie*, nos 3 et 6-1890

toute la compétence qu'on lui sait, et cela serait d'autant plus facile, que les déviations signalées dans nos observations surviennent sensiblement au même âge où l'on observe les déviations idiopathiques, au moment où suivant l'expression de Vogt, se produit « cette transformation des enfants en adolescents élancés et sveltes jeunes filles. » La faiblesse de constitution, la chlorose, l'anémie, tous les troubles de l'établissement de la fonction menstruelle, les attitudes vicieuses habituelles qui résultent de l'écriture, des travaux à l'aiguille prolongés, du jeu des instruments de musique contribuent à l'envahissement de la vraie scoliose. Le début est d'abord insidieux, mais l'évolution est constante et aboutit à une déviation rarement unique et à une gibbosité très marquée dont nos scolioses ici décrites sont exemptes. Il y a rotation des vertèbres, ce qui donne à la courbure une fixité désespérante : car sa durée est indéfinie, sa guérison rare et difficile.

A côté des scolioses essentielles, on pourrait penser à une classe de scolioses que M. Von Winiwarter de Liège, avec son confrère M. Gussenbauer, dans un cas publié dans les annales de la société Médico Chirurgicale de Liège en 1891, appellent *d'origine névropathique* : mais ils n'ont découvert cette forme que chez des jeunes hommes de 18 à 25 ans, mineurs la plupart, et ils attribuent la scoliose à la faiblesse musculaire due à un excès de fatigue, à un surmenage de muscles chez des sujets mal nourris et vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il y aurait là une question intéressante, à savoir ; si

ces jeunes gens ne remplissent pas les conditions pathologiques voulues, observées habituellement chez les jeunes filles, pour ne pas rentrer dans le cadre si net de la scoliose des adolescents tracé par M. le professeur agrégé Kirmisson (1) ; peut-être les os n'étant pas lésés, la classification de névropathique s'autorisait-elle !

Les scoliroses *myélopathiques* peuvent-elles être incriminées dans le cas présent ? Montsarrat qui les a étudiées dans une thèse fort complète en a donné la définition suivante qui suffit à les faire écarter : « La scoliose myélopathique résulte, dit-il, d'une *maladie de la moelle qui l'a précédé et dont elle est le symptôme*. Nous n'avons ici ni paralysie infantile, ni atrophie musculaire progressive, ni syringomyélie, ni ataxie locomotrice, ni maladie de Morvan dont les scoliroses puissent être tributaires.

Y a-t-il scoliose par *coxalgie* ? Mais la déviation est alors accompagnée de phénomènes douloureux localisés à la hanche et de position vicieuse du membre inférieur qui font vite reconnaître la coxo-tuberculose. L'élévation du bassin qui est la cause de la courbure peut se corriger ; et avec elle, sitôt que le niveau des épines iliaques antérieures est rétabli, la scoliose disparaît. Ici rien de tout cela ; il y a douleur à la hanche, mais toujours au-dessus de l'arti-

(1) KIRMISSON, *Bulletin médical*, 1890.

(2) MONSARRAT, thèse Paris 1891.

culatlon : le bassin est dans un plan normal et point de claudication caractéristique.

La *luxation congénitale*, l'*inégalité des membres inférieurs* par suite de fracture ou de rachitisme provoquent de véritables scolioses de compensation : il suffit de mesurer les jambes pour voir que rien de pareil n'existe chez nos sujets observés.

Dans l'*arthrite rhumatismale* et l'*ostéomyélite vertébrale* du professeur Lannelongue, on observe des scolioses, mais les antécédents d'une part, la gravité des phénomènes généraux de l'autre, suffiront à en faire reconnaître l'origine.

CHAPITRE III

DÉFINITION

Voici donc le tableau que rien ne peut encadrer parmi les scolioses déjà décrites :

Une jeune fille est tombée, hier, il y huit jours, un, deux mois même sur le flanc : elle s'est réveillée le matin toute d'un côté; elle est penchée à droite ou à gauche : sa marche est difficile ; il y a dans tous ses mouvements une raideur marquée ; mais rien ne se montre qui puisse troubler son état général : rien dans sa figure n'indique la souffrance. Ses yeux sont brillants et vifs, souvent légèrement sournois. Sa physionomie est celle d'une enfant intelligente. Ses réponses sont claires et nettes, et même elles frappent par leur décision.

A l'examen détaillé, on trouve sur le dos mis à nu, une déviation latérale du rachis, droite au gauche, avec convexité et concavité correspondantes, courbure dorso-lombaire unique ou avec une légère courbe dorsale compensatrice.

Il y a des tares nerveuses dans les antécédents héréditaires : à ce point de vue les antécédents personnels sont généralement nuls ou peu évidents.

Pourquoi n'y aurait-il pas là un phénomène d'origine hystéro-traumatique ? La scoliose ainsi survenue n'est-elle pas un fait d'hystérie locale ? On a étudié et décrit la coxalgie hystérique (1), le pied-bot hystérique (2), le mal de Pott hystérique (3) ; il est donc très juste d'ajouter à toutes ces manifestations de la grande névrose, la scoliose hystérique ; c'est un nouvel élément qui s'ajoute aux autres déjà connus, c'est un symptôme, somme toute, mais symptôme qui a son importance puisqu'il a donné lieu à des erreurs qu'il importe de ne plus renouveler : scoliose hystérique, ces deux mots semblaient jurer ensemble : car scoliose, autrefois, signifiait déviation acquise de la colonne vertébrale d'origine osseuse ou myélopathique résultant d'une lésion des centres nerveux : la scoliose hystérique crée une classe à part, indépendante de toute lésion anatomo-pathologique, c'est une scoliose sine materia.

On peut définir la *scoliose hystérique* une déviation latérale droite ou gauche de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale survenant brusquement chez les adolescents et en particulier chez les jeunes filles, déviation qui est due à la contracture des masses mus-

(1) BRODIE. *Lecture illustration of certain local nervous affection* Londres 1837, th. franç. d'Aigre, 1889.

CHARCOT. *Leçons du mardi* 1887.

LANNELONGUE. *Coxo-tuberculose*.

(2) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1885.

(3) AUDRY, *Lyon médical*, 27 oct. 1887.

MERLIN. *Du pseudo-mal de Pott hystérique*, th. Paris 1889.

culaires de l'un ou de l'autre côté agissant dans le sens de l'inclinaison latérale.

C'est une question qui découle directement des découvertes et des études faites et sur les contractures et sur les hystéro-traumatismes. M. le professeur Charcot avec la fidèle et vaillante École de la Salpêtrière a profondément contribué à démêler le chaos où se trouvaient toutes les affections où l'élément nerveux est susceptible d'entrer. Il a provoqué des recherches et des travaux d'où sont sorties la plupart des lois générales de l'hystérie. Avant lui on possède dans Brodie (1837) de merveilleuses pages sur la contracture et la coxalgie hystériques. Landry, dans l'observation V décrit le fait d'une déviation latérale à gauche du rachis à laquelle il donne certainement une origine nerveuse, mais dont il ignore la véritable cause.

Erichsen, en 1866, parle pour la première fois de l'influence du traumatisme sur le système nerveux. Le *shok* nerveux serait, d'après lui, une inflammation de la moelle.

Il crée le railway-spine qui va être détrôné par Page (1), en 1882, pour le railway-brain, dont les facteurs sont la neurasthénie et l'*hystérie*. Déjà, en 1878, Charcot (2) produisait un mémoire sur l'influence des lésions traumatiques sur les phénomènes d'hys-

(1) *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nevrose shok*. Londres 1885 2^e édition.

(2) *Progrès médical*, 3 mai 1878 p. 335.

térie locale. Brissaud (1) en 1880, dans sa thèse, et en collaboration avec Ch. Richet (2) établit les données exactes de la diathèse de contracture. En 1882, Ballet et Delaneff (3) Lecocq (4) Brunert (5) apportent une large contribution à l'étude de la question.

En 1884, Walton (6) et Pietuam (7) publient deux mémoires qui font époque dans l'histoire nerveuse, car des discussions qu'ils ont soulevées, devait résulter la solution de la controverse. L'hystéro-traumatisme va être créé. Charcot accepte les théories des deux américains qui donnent à l'hystérie le rôle principal dans les accidents traumatiques; il combat les Allemands Oppenheim et Thomsen qui veulent voir dans ceux-ci une névrose spéciale, la névrose traumatique; et, dans ses leçons, il précise et règle l'existence de l'hystéro-traumatisme. Pitres (8) inspire à son élève M. Descufes, une excellente thèse sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille (thèse Bordeaux 1885) Berbez décrit

(1) *Recherches sur la contracture permanente des hémiplegiques*, th. Paris 1880.

(2) BRISSAUD ET CH. RICHT. Faits pour servir à l'histoire des contractures. *Progrès médical* 1880.

(3) De l'état d'opportunité de la contracture. *Gaz. médicale de Paris* 1882.

(4) LECOCQ. *France médicale*, mai 1882.

(5) Th. Paris 1883.

(6) Hysterical anæsthesia brought a fall. *Boston med. and surgical Journal*, 11 déc. 1884 et *Arch. of med.* 1882, t. X.

(7) The medico-legal signif. of hemianæsthesia after concussion accidents. *Am. Journ. of. nevrology and psychiatrie*, août 1884.

(8) PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* 1891.

l'hystérie et le traumastisme dans sa thèse (1887).

Le maître de Bordeaux lui-même consacre dans ses leçons un magnifique chapitre, aux contractures et à l'hystéro-traumatisme. Guinon, P. Richer (1) Gilles de la Tourette (2), ont donné ces temps derniers à la question tout le développement qu'elle comporte.

Quant à l'histoire de la scoliose hystérique elle-même, à part le fait de Landry déjà relevé (obs. V), elle est presque nulle : Duret de Lille a publié un cas de cypho-scoliose hystérique décrit plus loin. M. le professeur Grancher (obs. IV) l'a observée une fois et l'appelle torticolis lombaire hystérique. Cette observation est publiée dans la thèse de Besson sur les déviations de la taille d'origine réflexe.

(1) P. RICHET. *Paralysies et contractures hystériques* 1892

(2) GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*.

(3) G. GUINON, A propos deux travaux récents sur l'hystéro-traumatisme : *Progrès médical* 1888, et hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. *Revue de chirurgie*, 1888, 10-11.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE.

La scoliose hystérique étant une contracture spontanée, les causes qui provoqueront celle-ci seront aussi les agents provocateurs de celle-là. Citres les a fort bien résumées dans ses leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme.

Les contractures, dites spontanées, des hystériques, surviennent habituellement dans l'une des trois circonstances, suivantes : ou bien à la suite d'une attaque convulsive ou bien sous l'influence d'une émotion morale vive ou bien en conséquence d'un traumatisme.

Les contractures post-convulsives sont très fréquentes ; quelques hystériques ont après chacune de leurs attaques des rigidités musculaires plus ou moins étendues qui se dissipent d'ordinaire, sans traitement, dans un laps de temps assez restreint, mais qui peuvent aussi s'installer à poste fixe pour des mois ou des années.

Les émotions morales figurent dans l'étiologie de la contracture comme dans celle de tous les accidents de la grande névrose. Une frayeur intense, une vive contrariété, une colère violente, un ébranlement psy-

chique quelconque suffisent parfois pour déterminer. chez les sujets prédisposés, la rigidité permanente d'un ou de plusieurs muscles.

Mais ce sont surtout les traumatismes qui donnent lieu à la production des contractures hystériques. Il est à noter que ce ne sont pas les violences les plus fortes qui provoquent les rigidités musculaires les plus tenaces et les plus étendues. Il n'y a souvent aucun rapport entre l'intensité de la cause et celle de l'effet : un traumatisme insignifiant peut déterminer des contractures d'une désespérante tenacité. Beaucoup de faits cliniques démontrent l'exactitude de cette proposition. (Cas de Brodie, de Lasègue et Charcot, (thèse de Brunet).

Les contractures post-traumatiques sont précoces ou tardives — les premières succèdent immédiatement à l'excitation provocatrice — les secondes se développent une heure, un jour, une semaine, un mois après le traumatisme initial.

Les contractures hystéro-traumatiques surviennent assez souvent chez des sujets chez lesquels l'hystérie ne s'est jamais manifestée par des accidents à grands fracas, et pourrait par conséquent être très facilement méconnue si on n'en recherchait avec soin les stigmates révélateurs.

C'est ce qui arrive dans la plupart des cas de scoliose hystérique signalés ici.

Les traumatismes, d'après M. Charcot, ne provoquent guère ces accidents que chez les sujets jeunes et vierges encore de toute marque un peu prononcée

d'hystérie généralisée, et l'hystérie ovarienne une fois développée et établie avec tout son appareil de symptômes, les lésions mécaniques ne paraissent plus produire les mêmes effets. C'est une raison de la fréquence des scolioses hystériques chez les jeunes filles plutôt que chez les femmes d'abord, et que chez les jeunes gens ensuite. Ce n'est pas qu'on n'ait point observé l'hystérie chez les garçons et chez les nouveau-nés. Les thèses de Burnet, Goldspiegel, Geugniez, ont prouvé le contraire ; mais l'hystérie traumatique est plus fréquente chez l'homme déjà adulte, tandis qu'elle atteint la femme à l'âge de 12 à 18 ans, à l'âge de la puberté particulièrement : c'est d'ailleurs ce que démontre l'expérience.

Faut-il dire de la scoliose hystérique ce que M. de Saint Germain dit dans son traité de chirurgie orthopédique de la scoliose vulgaire, qu'elle est plus fréquente à la ville qu'à la campagne ?

Peut-être, car somme toute, il y a à la tête de la pathogénie de cette déviation hystérique une cause fondamentale, l'hérédité. Les tares nerveuses ne se rencontrent-elles pas plus souvent à la ville ? Landais dans sa thèse sur les rapports des déviations du rachis avec la névropathie héréditaire, constate la fréquence des scolioses de toutes sortes, soit par hérédité similaire ou hérédité transformée.

Il convient de citer à ce propos les travaux de Möbius et de Crauer.

En hystérie, la question de l'hérédité est depuis

longtemps résolue ; les ouvrages de Briquet (1), de Batault (2) de Bodeastein (3), de Peugniez, de Bitot sont là pour en témoigner. Déjerine n'a-t-il pas terminé sa thèse d'agrégation sur l'hérédité dans les maladies du système nerveux par cet aphorisme éloquent. *S'il est une névrose dans laquelle l'hérédité ne fasse pas l'ombre d'un doute, dans laquelle elle domine toute l'étiologie c'est assurément l'hystérie.*

L'hérédité crée en effet chez l'hystérique, alors encore que rien ne fait prévoir qu'elle a accompli son œuvre, un état particulier que la moindre cause, et en particulier le traumatisme va réveiller. L'hystérie couve pour ainsi dire chez les jeunes êtres sous la forme d'une virtualité, dirait-on en philosophie : ils sont dans cet état que la Salpêtrière a commencé à appeler l'opportunité de contraction : il y a chez eux, disent MM. Brissaud et Richet, une imminence de contracture. M. Charcot a très heureusement qualifié cet état de diathèse de contracture.

Le moindre coup suffit à provoquer chez l'hystérique le symptôme révélateur : le stigmatisme en puissance jusqu'ici, est devenu de la réalité. Voilà comment se forme la scoliose hystérique, chez un sujet prédisposé héréditairement ; la masse sacro-lombaire ne demande pour constituer la déviation que le traumatisme occasionnel.

(1) *Traité de l'hystérie*, 1859.

(2) Thèse Paris, 1884-1885.

(3) *Hystérie beim männlichen Geschlecht*. Inaug. Dis. Wurtzbourg, 1889,

A toutes les causes provocatrices de la contracture hystérique, et en particulier de la scoliose hystérique, il faut ajouter l'influence de divers états morbides. Chez les prédisposés, dit M. Richer, toute affection locale, toute cause débilitante agissant sur l'organisme et créant un état de faiblesse marquée de l'économie, est très favorable au développement des accidents hystériques. Voici à ce sujet, un fait, très intéressant que M. Duret de Lille a publié dans la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Il sort un peu des règles ordinaires mais n'en confirme pas moins l'existence de la scoliose hystérique. Il démontre aussi l'âge plus avancé auquel, chez l'homme, l'hystéro-traumatisme se développe. C'est, d'ailleurs, le seul cas de scoliose hystérique comme phénomène d'hystérie locale chez le mâle qui ait été publié.

M. Bitot, de Bordeaux à qui l'on doit une excellente thèse sur l'hystérie mâle, m'a affirmé très gracieusement, en réponse aux renseignements que je lui avais demandés, que ni son maître M. Pitres ni lui, n'avaient observé parmi les nombreux hystériques examinés par eux, aucun cas semblable à ceux que je rapporte.

OBSERVATION VI. — *Déformation de la région lombaire de nature neuro-musculaire. (Cypho-scoliose hystérique. H. DURET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière).*

Joseph C. âgé de 23 ans, est fils d'une mère névro-

pathe, ayant eu plusieurs attaques d'hystérie convulsive. Il a plusieurs frères et sœurs qui se portent bien ; lui n'aurait jamais eu rien d'important jusqu'à l'âge de 47 ans.

En 1885, après un séjour dans un endroit humide, il fut atteint d'une double sciatique, dit-il, pour laquelle on lui mit des vésicatoires et on lui fit des frictions à l'alcool camphré. Au bout de quelques semaines il était guéri et marchait bien, mais, un jour en se promenant, il fut pris d'une défaillance (attaque) ; et on dut le ramener chez lui.

Le lendemain il put se lever et marcher facilement, mais il lui était impossible d'uriner, et d'aller à la selle. Au bout de deux jours, il entra en médecine à la Charité (octobre 1886). Là on le considéra comme atteint d'hystérie : on dut le sonder. Il se plaignait de douleurs dans les aines, mais il marchait sans troubles apparents. Outre sa rétention d'urine, on constata une anesthésie du périnée. Au bout de quelques jours, les cathétérismes amenèrent un peu de cystite, — passage en chirurgie.

Nous constatons une paralysie viscérale, ayant amené une rétention d'urine : quelques gouttes d'urine s'échappent parfois par regorgement. On soumet d'abord le malade à des cathétérismes et à des lavages journaliers à l'eau boriquée : on lui fit prendre quelques capsules de térébenthine et bientôt tout dépôt de muco-pus disparut des urines. Mais la paralysie et la rétention persistèrent ou furent à peine améliorées malgré l'usage de la noix vomique et des électrisations

vésicales régulières. Comme il existait en même temps des irradiations douloureuses sur le trajet des nerfs cruraux et sciatiques et des douleurs en ceinture au niveau des branches lombo-abdominales, et bien qu'aucun trouble d'incoordination ne put être constaté, nous pensâmes qu'il pouvait y avoir un début de myélite de nature indéterminée : nous fîmes quelques applications de pointes de feu dans la région lombaire (nous eûmes l'occasion de constater qu'à cette époque il n'existait aucune déformation de la région). Le traitement n'améliora guère son état, les troubles vésicaux, quoique diminués, persistèrent : le malade vidait incomplètement sa vessie.

Il retourna dans le service de médecine, où bientôt l'on vit la motilité des membres inférieurs diminuer au point qu'il ne lui était plus possible de se tenir debout et de marcher qu'à l'aide d'une chaise. De nouveau on constata l'anesthésie du périnée et de l'urèthre, et après avoir pensé aussi, un instant, à la myélite, on revint à l'idée d'hystérie.

On mit au malade une ceinture de gros sous en lui annonçant qu'il allait recouvrer la sensibilité et la possibilité de marcher facilement. Dès le lendemain on vit la sensibilité reparaitre autour des plaques et quelques jours après, elle était redevenue normale, même pour l'urèthre. La rétention d'urine disparut définitivement et le malade put marcher. Mais pour le rectum le résultat ne fut pas complet car la constipation persista. Le 3 avril 1887 le malade sortit de l'hôpital.

Ayant éprouvé de nouveau des douleurs dans les cuisses et dans les reins, au mois d'août 1887, il rentra dans le service de médecine. On constate qu'il urine bien, mais qu'il reste constipé comme auparavant, et que la sensibilité périnéale est émoussée surtout à gauche. Ni la ceinture métallique, ni la faradisation rectale, ni la suggestion n'améliorent son état. Dans le cours du mois de janvier 1888, on remarqua qu'une saillie très étendue était apparue dans la région lombaire, entre les cicatrices laissées par les pointes de feu; on craignit d'être définitivement en présence d'un mal de Pott, et on envoya le malade en chirurgie le 15 mai 1888.

Cette fois, nous ne nous en laissâmes pas imposer, et ayant remarqué que cette saillie étendue, scoliotique et très prononcée, présentait un aspect anormal pour une saillie du mal de Pott, nous résolûmes de nous livrer à un minutieux examen.

Le malade a de la peine à se tenir debout: il ne peut se redresser complètement. Le tronc est incliné en avant, comme fléchi brusquement au niveau des lombes; il semble s'enfoncer dans le bassin lorsqu'on regarde le dos du patient, les rebords des os iliaques sont très-saillants et ils débordent de deux ou trois travers de doigts la ligne qui dessine les contours du torse; les cuisses sont un peu fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. La saillie postérieure correspond exactement à la région lombaire, elle est à grande courbure polytuberculeuse; elle présente une concavité dirigée à gauche c'est une *cypho-scoliose*;

La flèche abaissée de son maximum de courbure, sur la ligne axiale de la colonne vertébrale est de 2 centimètres $1/2$ environ. Dans la région dorsale, la crête des apophyses épineuses s'enfonce profondément entre les saillies des muscles des gouttières vertébrales et les bords-spinaux des omoplates sont presque au contact sur la ligne médiane. L'épaule gauche paraît abaissée.

Lorsqu'on dirige son examen sur la face antérieure du corps, on voit qu'il existe à l'abdomen une *dépression extrêmement profonde*, transversale, passant par l'ombilic. Cette dépression est produite par une inclinaison forcée et des plus remarquables de la cage thoracique qui s'est considérablement rapprochée du bassin.

Le malade marche très difficilement à demi fléchi : il lui est tout à fait difficile de se redresser. La flexion exagérée du torse en avant manque de lui faire perdre l'équilibre, et on est obligé de le soutenir un peu sous les bras.

Outre cette forme particulière de la courbure lombaire, cette attitude et cette démarche si spéciales, l'absence complète de douleur, soit à la percussion, soit spontanément, au niveau de la gibbosité, contribue encore à nous faire rejeter l'idée d'un mal de Pott. Les douleurs irradiées sur le trajet des nerfs et les troubles vésicaux antérieurs ne suffisent pas, d'ailleurs, à ébranler notre incrédulité sur ce point spécial.

Nous pensâmes qu'il était plus logique d'attribuer

la déformation lombaire et l'attitude si particulière à des troubles neuro-musculaires, à des contractures et nous dûmes chercher la confirmation de cette hypothèse dans la chloroformisation.

Sans doute il s'agissait d'une localisation peu commune de ces phénomènes. Ce n'était pas une raison suffisante pour hésiter. La chloroformisation ne se fit pas sans difficultés : et, à plusieurs reprises, lorsque déjà une quantité notable eut été absorbée, survinrent des crises convulsives cloniques, tétaniformes : elles furent incomplètes, mais cependant les bras s'étendirent, se tordirent en dehors, en même temps que les mains se mirent en griffe, le pouce rentré fortement dans la paume ou au niveau de la base, des doigts étendus, ramassés et tournés en dehors.

Lorsque le sommeil anesthésique fut assez avancé, pour que toute sensibilité fût disparue, la déformation lombaire et l'attitude du thorax persistèrent. Nous retournâmes alors le patient sur le ventre et, faisant relever les membres inférieurs et le bassin par des aides, nous pûmes redresser la saillie lombaire, la faire disparaître complètement et même déterminer une incurvation à concavité postérieure.

Le malade fut remis sur le dos : à la place de la dépression transversale de l'abdomen existait un sillon cutané, tracé de l'inflexion forcée du thorax en avant. Lorsque le réveil eut lieu, la correction obtenue persiste et le malade fut transporté dans son lit. — Le lendemain, la saillie lombaire est restée presque

complètement effacée, mais C. demeure couché, infléchi et ramassé sur lui-même : si on insiste il se redresse. Dans la station debout, il éprouve d'abord quelque peine à se tenir droit. Il marche à petits pas, incliné en avant : mais il suffit de le gourmander vivement, de lui dire d'une façon impérative « Tenez-vous droit, vous le pouvez » pour que le tronc et les membres prennent une rectitude complète.

CHAPITRE V

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMES.

La scoliose hystérique a, comme caractéristique, un début absolument brusque : elle se pose d'emblée. La contracture, dit en effet le professeur Charcot, soit médiate ou immédiate, nous la voyons survenir en quelque sorte subitement et arriver à son maximum tout d'un coup. C'est là, un des apanages de la contracture spasmodique des hystériques par opposition aux contractures de cause organique.

De plus, dans l'intervalle de temps qui sépare le traumatisme du moment de la contracture définitive, apparaissent certains phénomènes qui pourraient dès lors mettre sur la voie des contractures à venir.

En effet, dans l'observation II, nous avons noté quelque temps avant l'apparition de la scoliose, de la pesanteur dans le côté qui devait être malade, de l'engourdissement et de la gêne.

La contracture hystéro-traumatique, nous le savons, est la première manifestation de la diathèse de contracture : c'est le premier stigmate révélateur de la diathèse hystérique.

C'est un fait acquis. A peine relève-t-on chez nos

petites malades quelques signes incertains de la névrose dans la toux coqueluchoïde très-longue à guérir; le somnambulisme, un caractère mélancolique, colère, emporté, impatient, susceptible. La règle n'est pas absolue, et l'on pourrait rencontrer la scoliose hystérique chez des sujets où l'hystérie s'est déjà déclarée nettement, non seulement par une bizarrerie de caractère, mais aussi par des attaques de catalepsie, des migraines, des serremments de gosier, des étouffements suivant les expressions de Georget (1).

Ce qui frappe le plus, à première vue, dans l'examen d'une jeune fille atteinte de scoliose hystérique, outre la déviation elle-même, c'est la raideur générale qui semble l'avoir envahie tout entière. Elle marche très gênée, la tête immobile, les jambes légèrement fléchies, le tronc incliné du côté contracturé, et il y a là une concavité, un creux tels dans l'hypocondre, qu'il semble que les fausses côtes touchent la crête iliaque du bassin. Les épaules ne sont plus sur le même plan, elles suivent l'inclinaison du tronc. On ne voit point sur le trajet du rachis de saillie des apophyses épineuses; à peine quelquefois, au commencement de la courbure, les pressent-on. Pour se rendre bien compte de la déviation, il faut chercher une à une toutes les vertèbres et les marquer tour à tour. On constate aussi que la colonne vertébrale décrit une courbe allant des dernières vertèbres dorsales au sacrum, courbure dont la convexité est indifféremment à droite

(1) *Dictionnaire de médecine et chirurgie*

ou à gauche. Cette courbure dorso-lombaire est unique ou quelquefois accompagnée d'une légère courbure de compensation des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales.

Il est à remarquer que la scoliose hystérique est une déviation lombaire presque exclusivement. N'est-ce pas, en effet, aux lombes que les mouvements de latéralité peuvent avoir le plus d'étendue ? Les apophyses articulaires des vertèbres lombaires sont verticales, tandis qu'à mesure qu'on monte, ces mêmes apophyses articulaires deviennent de plus en plus obliques tendant à l'horizontale. A ces apophyses ainsi disposées pour l'inclinaison latérale, s'ajoutent des muscles et superficiels et profonds dont le rôle est de présider à ces mouvements. Ces muscles annihilent naturellement leur action particulière et successive par une contraction simultanée et synergique. Dans la scoliose hystérique, il y a prédominance de l'action de ces muscles d'un côté, *par contracture*. C'est la masse sacro-lombaire droite, je suppose, qui, par son long dorsal avec ses faisceaux transversaires et épineux entraîne, par sa contracture, la déviation latérale du rachis.

Certains muscles de l'abdomen (dernières digitations du transverse, de l'oblique, et du carré des lombes), du moins dans certains faisceaux voisins de l'hypocondre, doivent être aussi incriminés. On constate, en effet, une rigidité considérable sur le dos et dans l'hypocondre : rigidité qui entraîne à sa suite ou de la douleur ou seulement une sensation pénible de tiraillement très gênante.

Il serait téméraire de vouloir trouver une origine osseuse à ce mode de scoliose : et avec Paulet et Bousquet on peut dire d'elle ce qu'ils disent des scolioses névropathiques. Si un arrêt, si une inégalité dans la nutrition des vertèbres pour une des moitiés latérales de l'épine (Glisson-Bouvier) peuvent expliquer la scoliose héréditaire directe (scoliose vraie), elles rendent mal compte de ces scolioses nerveuses, indirectes dans leur hérédité, et qu'on ne voit apparaître que dans la seconde enfance.

Il est en effet difficile d'admettre qu'un vice formatif des os reste jusqu'à 10 ou 12 ans à l'état latent, puis traduise brusquement sa présence à une période déjà avancée du système osseux vertébral. En vertu de l'action prépondérante exercée par le système nerveux sur la contracture musculaire, il nous semble légitime d'incriminer les muscles.

Le fait de cette contracture caractérisée ici par la scoliose hystérique, est dans l'excitation, d'après Charcot et Vulpian, lésion purement dynamique (c'est-à-dire, ne correspondant à aucune modification anatomique appréciable), des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, l'irritation de ces éléments analogue à celle que produit la strychnine, mais plus durable.

Ce n'est pas un phénomène réflexe, car les actes réflexes vulgaires, dit M. Pitres, succèdent immédiatement à des excitations provocatrices, mais ils ne leur survivent pas. Une réaction motrice répond directement à une sollicitation sensitive, puis, tout rentre

dans l'ordre jusqu'à ce qu'une nouvelle cause produise un nouvel effet.

La contracture, au contraire, persiste après que l'excitation qui lui a donné naissance a disparu. Elle naît bien sous l'influence d'une sollicitation extérieure, mais elle ne se dissipe pas, quand la cause qui l'a provoquée a cessé d'agir. Il ne faut donc pas la considérer comme un acte réflexe simple, mais bien comme le résultat d'un changement d'état durable produit par voie réflexe, dans l'excitabilité des centres médullaires. Il est à peine besoin d'ajouter que le point de départ du réflexe modificateur peut être dans la peau, dans les muscles, dans les tissus ostéo-fibreux ou dans l'encéphale.

Telle est la contracture hystéro-traumatique amenant une difformité connue sous le nom de scoliose.

La scoliose hystérique est une véritable scoliose dynamique, *sine materia*.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le professeur Charcot a dit : « Chez les enfants, l'hystérie ne tient pas. » C'est donc d'un bon augure pour la scoliose hystérique. En effet, son pronostic est toujours favorable ; mais, quoiqu'il faille toujours compter sur la guérison, on ne peut pas cependant affirmer à quel moment et sous quelle influence elle surviendra.

La scoliose hystérique, comme toutes les contractures, peut céder tout d'un coup aux moyens les plus simples ou bien elle va rester immuable pendant des mois et des années malgré les interventions thérapeutiques les plus rationnelles et les plus variées, et la guérison se fera brusquement à la suite de je ne sais quelle drogue merveilleuse, d'une émotion ou d'un pèlerinage.

La scoliose hystérique disparue, dans les faits dont nous avons parlé ici, ne laisse après elle aucune trace de la difformité. Cependant, il est bon de se rappeler que les malades sont à un âge où l'organisme, ou plutôt le système osseux, se développe avec activité : aussi pourrait-on observer après la guérison de la

contracture, la persistance de la difformité. Mais encore faudrait-il dans la contracture, une continuité à laquelle nous ne sommes pas habitués.

Quant aux muscles eux-mêmes, ils ont cette propriété remarquable d'être aussi sains aussi aptes aux fonctionnements qui leur sont dévolus, aussi forts qu'avant leur contracture, même quand celle-ci a cessé tout d'un coup.

Ils pourraient bien devenir le siège de l'atrophie musculaire progressive : mais, alors que cette complication ne survient qu'à la longue, ce n'est pas le cas ici.

Un point reste sombre et difficile ; j'ai déjà dit que la scoliose hystérique, comme tous les phénomènes désignés sous le nom d'hystérie locale, peut précéder tout autre symptôme hystérique, particulièrement chez les jeunes filles. C'est donc un devoir de songer aux prodromes lointains de l'hystérie ainsi momentanément révélée et d'instituer par là même un traitement prophylactique de l'hystérie future.

L'hygiène physique et morale, d'après Pitres, à laquelle on pourra soumettre les enfants usant de la délicatessa la plus étroite, aura aussi pour but de combattre les prédispositions morbides les plus accentuées et de diminuer beaucoup les chances de l'explosion ultérieure des grands accidents hystériques.

CHAPTIRE VII

TRAITEMENT.

Il n'y a point de traitement particulier pour la scoliose hystérique ; elle est, avons-nous démontré, une manifestation de l'hystérie, c'est donc la névrose qu'il faudra traiter et la traiter avec persévérance et patience en se souvenant qu'au moment où l'on s'y attend le moins, l'accident hystérique peut disparaître tout d'un coup.

Si nous avons à passer en revue tous les traitements préconisés contre l'hystérie, la nomenclature serait longue et déplacée : mieux vaut ne s'attacher qu'à esquisser les meilleurs modes de guérison des contractures.

La médication interne est l'objet de nombreuses controverses. Les uns lui attribuent un succès complet, les autres, et la Salpêtrière en est, lui nient tout effet efficace : le médicament spécifique n'est pas encore trouvé. En tout cas, dans la scoliose hystérique, il ne faut employer que des médicaments qui ont une action paralysante sur le système nerveux, tels que le bromure de potassium, l'opium à haute dose, l'acide cyanhydrique, l'atropine, la cigüe, l'aconit, etc. A côté, comme on a à faire à des enfants en pleine crois-

sance, on s'appliquera à soutenir et à relever leurs forces par les toniques, les amers, l'alimentation forcée, le grand air et l'exercice.

L'électrisation ne compte à son actif, à propos des contractures, que des succès absolument incertains. Duchesne, dont la pratique était grande, d'après Richer, ne cite qu'un seul cas de guérison par la faradisation des muscles antagonistes.

Remak, Onimus et Legros conseillent l'emploi des courants continus descendants appliqués soit sur la colonne vertébrale soit sur les muscles contracturés, cause de la scoliose.

Chez M. le professeur Charcot on emploie la franklinisation remise en honneur par M. Vigouroux.

Les propriétés des aimants et des œthésiogènes en général, peuvent être utilisées pour le transfert des scoliozes : mais leur action est aléatoire et ne réussit souvent que lorsqu'il y a contracture avec anesthésie cutanée.

Le massage est délicat à appliquer, on l'emploie en vertu de la facilité avec laquelle la diathèse de contracture se produit chez les hystériques ; il agit surtout par contracture provoquée des antagonistes.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'une friction, le simple frôlement de la peau, un courant d'air, un souffle sur l'hypocondre suffira pour produire un mouvement contraire à celui qui est le fait des muscles contracturés et partant la guérison.

Le traitement par excellence de l'hystérie est l'hydrothérapie : parmi les faits cités, les deux cas que

nous avons pu observer ont cédé sous son heureuse influence.

Tous les jours, on ordonnera une douche froide en jet brisé et de courte durée : et la scoliose disparue, on persévéra dans cette pratique dont les effets sont des plus favorables pour la prophylaxie des accidents futurs de l'hystérie.

A côté de ces divers modes curatifs, il en est un dont je veux parler à cause de l'importance qu'il a prise ces temps derniers. Je veux parler de l'influence du moral sur le physique qui, ici, se manifeste d'une façon toute particulière, puisque les malades sont généralement des enfants.

M. le professeur Charcot a, depuis longtemps, préconisé le traitement moral.

Ce traitement est une véritable suggestion à l'état de veille exercée par le médecin ou des personnes sûres qui sauront inspirer au malade une confiance et une crainte salutaires. On obtient les meilleurs résultats par cette méthode associée à l'hydrothérapie, en isolant les malades, en les soustrayant à un entourage d'une sollicitude trop inquiète et en les enlevant du milieu où l'accident est né et où il s'est développé. Une seconde manière d'influencer l'esprit, c'est de provoquer une émotion morale vive : on comprendra qu'il soit difficile de réglementer un pareil procédé : la délicatesse et le tact du praticien en sont les seuls juges.

La suggestion hypnotique a pris de nos jours une extension très grande : les noms seuls de ses nom-

breux et remarquables adeptes : Liébault et Bernheim à Nancy ; Bérillon, Dumontpallier et Luys à Paris ; Lloyd Tuckey à Londres, Moll à Berlin, suffiront à faire comprendre toute la place et toute l'importance qu'à prise l'hypnothérapie. L'hypnotisme a pour propriété de déplacer et de concentrer toute l'activité des centres nerveux sur un point déterminé, et c'est au trouble profond qu'il jette dans le fonctionnement normal du système nerveux que l'on demande la guérison des désordres fonctionnels antérieurs et spontanés qui constituent la maladie. C'est dire toute la prudence qu'il est nécessaire d'apporter dans toutes les manœuvres hypnotiques. Il faut se souvenir en outre que la pratique de l'hypnothérapie sur certains sujets, donne naissance aux crises d'hystérie. Mais je n'ai point à décrire ici les moyens de provoquer le sommeil, ses manifestations symptomatiques, ses inconvénients : M. Pitres, dans ses *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*, traite ces questions avec une compétence sans égale.

Je dirai seulement que les sujets atteints de scoliose hystérique étant des jeunes filles, sont, plus que tous autres, justitiables de l'hypnothérapie. Ayant fréquenté quelque temps l'institut psycho-physiologique du Dr Bérillon, j'y ai pu voir la facilité avec laquelle on peut arriver à pratiquer la suggestion hypnotique chez les enfants : il faut s'armer de beaucoup de patience ; mais celle-ci est bien récompensée par les succès véritables et constants dont on est témoin.

Je dois à l'obligeance du docteur Bourdon de Méru

(Oise) une observation incomplète, sans doute, mais intéressante au point de vue qui nous occupe : la guérison de la scoliose par l'hypnothérapie. C'est une scoliose hystérique due à un long état morbide qui avait amené un dépérissement considérable. Je laisse parler M. Bourdon lui-même, à qui j'adresse mes remerciements les plus sincères. Cette observation est un exemple frappant de l'heureux effet de la suggestion hypnotique sur la scoliose hystérique.

OBSERVATION.

Il s'agissait d'une femme de 22 ans ans, malade depuis plus d'un an, d'une affection ancienne de l'intestin, affection mal déterminée, avec douleur intense.

Quand je fus appelé près d'elle, il y a 3 ans, elle offrait une maigreur squelettique; la voix était éteinte; elle allait mourir, dit-on.

Au bout de quelques mois, l'intestin et l'estomac furent remis en état de fonctionner par une médication appropriée et sans doute meilleure que celle suivie jusque-là. Elle était arrivée à manger, à très-bien manger, à n'être plus un squelette, résultat déjà ingrat. Mais elle ne pouvait toujours pas quitter son lit; car, il y avait impossibilité de marcher, de poser par terre les pieds qui étaient comme contracturés, comme si la moelle avait été en question.

Il y avait en même *temps déviation latérale à droite de la colonne dorso-lombaire, véritable scoliose.*

J'en étais presque arrivé à croire que j'avais rendu à son mari un mauvais service, si sa femme devait rester toute sa vie une sorte de cul-de-jatte, bonne seulement à manger, boire et dormir.

C'est alors que j'eus l'idée d'ajouter à la médication jusque-là suivie, la suggestion hypnotique.

Je l'endormais le soir en la fixant, lui abaissant les paupières et lui décrivant les phénomènes précurseurs du sommeil. Après les suggestions voulues et l'application des mains sur les parties malades, je la laissais dormir toute la nuit (le sommeil hypnotique prolongé étant à lui seul un moyen de guérison) ; je lui avais donné au préalable la suggestion qu'elle ne pourrait ouvrir les yeux qu'à 7 heures ou 8 heures du matin. Je n'ai jamais obtenu un sommeil profond (avec amnésie au réveil, etc) ; et d'autre part, cette femme n'avait pas *tous les* stigmates de l'hystérie. Après 8 jours environ de ces séances répétées, de ce sommeil prolongé toute la nuit, elle commençait à marcher, à faire le tour de sa chambre et *la colonne vertébrale était redressée.*

Les séances, furent continuées pour consolider la guérison et au bout de quelque temps, elle se promenait dans les rues, marchant de mieux en mieux.

Résultat encore plus inespéré que le premier.

Il y a de cela plus de 3 ans et la guérison ne s'est pas démentie.

CONCLUSIONS

1° Il existe une scoliose hystérique, comme il y a un mal de Pott hystérique, une coxalgie hystérique, un pied-bot hystérique.

2° La scoliose hystérique est une déviation latérale droite ou gauche de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale. La cause en est due à la *contraction* des muscles, qui président aux mouvements d'inclinaison latérale de cette portion du rachis, survenant brusquement, en particulier chez les jeunes filles, à la suite d'un traumatisme, d'une émotion morale, d'une fatigue, d'un état morbide ayant amené un affaiblissement nerveux considérable.

3° La déviation hystérique du rachis est médiate ou immédiate et arrive à son maximum tout d'un coup.

Sa durée est relativement courte (de 8 jours à un mois) mais sans rien de fixe.

4° La scoliose hystérique est un des phénomènes dits d'hystérie locale, et, comme telle, dans la plupart des cas, une des premières manifestations de la diathèse de contracture. Aussi sa connaissance doit-elle être un indice précieux pour la prophylaxie de l'hystérie future.

5^o Elle doit être différenciée de la maladie de Pott ; et, il ne faudra pas la confondre avec toutes les autres formes de scolioses rachitiques d'origine réflexe ou névropathique, essentielle ou idiopathique, myélopathique ; tous les cas devront s'en distinguer, où la courbure latérale pourra être attribuée à une sciatique, une coxalgie, une luxation congénitale, une inégalité des membres inférieurs par suite du rachitisme ou de fracture des os. L'anesthésie sous le chloroforme, faisant cesser la contracture pendant le sommeil, servira de pierre de touche.

6^o Le traitement doit être celui de la contracture hystérique : électrothérapie, massage, hydrothérapie, agents œsthésiogènes, hyponothérapie.

Il faut se souvenir que comme dans toutes les manifestations de l'hystérie, le traitement échappe à des règles fixes et, qu'au moment le plus inattendu, sous l'influence d'une médication quelconque ou d'une émotion, la sclérose hystérique peut disparaître.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Audry.** — Du pseudo-mal de Pott hystérique (*Lyon médical*, 23 octobre, 1887).
- Babinski.** — Déformation du tronc dans la sciatique. *Archives de neurologie*. Janvier, 1888.
- Ballet.** — Idem in *Soc. méd. des hôpitaux*, 1887.
- Beaujolin.** — *De la rachialgie hystérique* (Thèse Paris, 1876).
- Besson.** — *Études sur les déviations de la taille d'origine réflexe* (thèse Paris, 1888).
- Bérillon.** — *Revue de l'hypnotisme*, 1890.
- Blocq P.** — *Des contractures*, (th. Paris, 1887-1888).
- Bouvier.** — *Leçons clin. sur les malad. de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858.
- Bouvier et Bouland.** — Artic. Rachis (déviations) *Dict. encycl. des scien. méd.* t. I, 3^e série.
- Brissaud.** — *Recherches sur la contracture permanente des hémiplegiques*, (th. Paris, 1880).
- Brissaud et Ch. Richet.** — Faits pour servir à l'histoire des contractures. *Progrès médical*, 1880.
- Briquet.** — *Traité de l'hystérie*, (1859).
- Brunet.** — *Étude clinique et physiologique de l'état d'opportunité de contracture*. (Thèse Paris, 1883).
- Brodie.** — *Lectures illustratives of certain local nervous affections*. Londres, 1837.
- Burnet.** — *Contribution à l'étude de l'hystérie infantile*. Thèse de Paris, février, 1891.
- Charcot.** — *Leçons du mardi*, 1887-1889.
- — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.
- Charcot et P. Richer.** — Diathèse de contracture (*Progrès médical*, 1883).
- Cyclopædia.* — *Of the diseases of children*. Vol. III.
- Dally.** — Déformation idiopathique de la colonne vertébrale. *Congrès franc. de chirurgie*, 1886-1887.

- Debove.** — Note sur l'hystérie traumatique et sur sa gravité pronostique. *Bul. et mém. de la soc. méd. des hôpît.* 1887, n° 5.
- Demné.** — Formes et traitement de la scoliose. *Annales polycl.* Bord., juillet, 1891.
- Descubes.** — *Étude sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille*, thèse, Bordeaux, 1885.
- Drummond.** — *British. méd. journal*, 22 nov. 1879.
- Dubruet.** — Un cas de scoliose idiopathique. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Montpellier*, 1888.
- Dumontpallier.** — *Communications à la société de Biologie* 1882-1883-1884.
- Duret.** — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888.
- Dury.** — Étude sur les déviations de la colonne vertébrale. (*Ann. Soc. méd. chirurg. de Liège*, 1891.
- Fisher.** — Des différentes variétés de courbature latérale de la colonne vert. *Lancet*, février, 1885.
- Gilles de la Tourette.** — *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*. Paris, 1891.
- Mlle Goldspiegel.** — *Hystérie chez les enfants*. (Thèse Paris, 1888-89).
- Grancher.** — *Journ. de méd. et chir. pratiq*, fév. 1888. *Union médicale*, 1890.
- Guinon.** — Hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. *Revue de chirurgie*. 1888.
- Kirmisson.** — *Manuel de pathologie externe*.
— — *Revue d'orthopédie* 1890
— — *Leçons clin. sur les mal. de l'app. locomoteur*.
— — *Bulletin médical* 1890.
- M. Klumpke.** — *Des contractures hystériques*. *Revue de médecine*, mars 1865.
- Landois.** — *Rapport des déviations du rachis avec la névropathie héréditaire* (th. Paris 1889-1890).
- Lannelongue.** — *Passim*.
- Lecocq.** — *France médicale* 1885.
- Lee B.** — The nervous and muscular elements in the causation of idiopathic lateral curvature. *Tr. of the am. Orth. Ass. Phila.* 1890.
- Liébeault et Bernheim.** — *Revue de l'hypnotisme* 1888.
- Malgaigne.** — *Leçons d'orthopédie* 1862.
- Merlin.** — *Du pseudo mal de Pott. hystérique* th. Paris 1889.
- Nicoladoni.** — Ueber Zusammenhang Zwischen ischias und skoliose, *wien med. Presse*, 27 juin 1886.
- Paris H.** — *De l'hystérie chez les petites filles*, th. Paris 1888.
- Poulet et Bousquet.** — *Pathologie externe*

- Peugniez.** — *De l'hyst. chez les enfants*, th Paris, 1888.
Phocas. — *Gaz. des hôpitaux* 1890.
Pitres — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. 2 vol. 1891.
Redard. — *Gaz. med. de Paris*, 22 mars 1890.
Renard. — *De la coutr. hyster. traumat.* (th. 1886, Paris)
Reynier. — *Bul. et mem. de soc. de med. prat.* de Paris 1888.
Ch. Richet. — *L'homme et l'intelligence*, 1884.
P. Richer. — *Paralysies et contractures hystériques*, 1892
De Saint-Germain. — *Chirurgie orthopédique*.
Jules Simon. — *Confer. therap. et clin. sur malad. des enfants*, 1887, t. II.
Terrillon. — *Scoliose simulée due au raccourcissement d'un des membres inférieurs*. *Bul. méd.* 1887.
Texier. — *Déform. du tronc par la sciatique*, (thèse Paris, 1888).
Von Winiwarter. — *Un cas de cypho-scoliose d'origine névropathique.* — *Annales Soc. méd. et chir. de Liège* 1891.

Vu: le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

LANNELONGUE.

Vu et permis d'imprimer.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES.

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE I. Observation I.....	9
Observation II.....	13
Observation III.....	18
Observation IV.....	20
Observation V.....	24
CHAPITRE II. Diagnostic.....	25
CHAPITRE III. Définition.....	32
CHAPITRE IV. Pathogénie.....	37
CHAPITRE V. Physiologie pathologique, symptômes.....	48
CHAPITRE VI. Pronostic.....	53
CHAPITRE VII. Traitement.....	54
Conclusions.....	61
Index bibliographique.....	63
